Lane Medical Library

Entzündungen und Abscesse im Mandelgebiet trotz Mandelausschälung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Ernst W. Bayerbach

Zahnarzt aus Augsburg.

Würzburg 1937

Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Prof. Dr. Nadoleczny

Bei der Anzeigestellung zur Mandelausschälung kann man zwei Gruppen von Kranken trennen: nämlich jene, bei denen der Eingriff wegen örtlicher, immer wiederkehrender Mandelerkrankungen nötig wird, und die wohl noch zahlreicheren mit Erkrankungen, die fern von der Tonsille aufgetreten sind, aber höchstwahrscheinlich mit ihr im Zusammenhange stehen .

Die Mandelausschälung ist also angezeigt bei chronischer Tonsillitis, die durch konservative Behandlung nicht beeinflußbar ist. Weiterhin ist die Anzeigestellung bestimmt, — was besondere Bedeutung für diese Arbeit hat — wenn wir die Kranken vor der Wiederholung von Anginen, peritonsillären Phlegmonen und Abscessen schützen wollen. Das kommt bei wiederkehrenden Anginen, namentlich nach dem 26. Lebensjahr, in Betracht, falls die Involution der Mandel nicht beendet ist, die Entzündungen nicht aufhören, sondern deren schleppender Verlauf auf chronische Erkrankung der Mandel schließen läßt. (v. Liebermann).

Was nun die Ergebnisse anbelangt, sind sie nach einer Anzahl von Statistiken als glänzend zu bewerten. Theodor v. Liebermann allerdings läßt mit Recht die von den Amerikanern aufgestellten Massenstatistiken von vielen tausend Fällen, nicht gelten, da es sich bei diesen Operationen um die Entfernung von kranken, wie gesunden Mandeln handelte. Wenn aber die Ergebnisse im großen und ganzen dabei günstig erscheinen, so erklärt sich das daraus, daß in die große Masse auch richtig angezeigte Fälle hineingelangten. Stamberger hat die Erfolge von 700 Ausschälungen nachgeprüft, und zwar wurden 385 (55%) wegen örtlicher Erkrankungen, 315 (45%) auf Grund von Erkrankungen anderer Organe operiert. 100 Operierte konnten ½—3 Jahre hindurch beobachtet werden, und es wurde festgestellt, daß bei 66% derselben ein vollkommenes Ergebnis erreicht wurde, 34% waren gebessert. Chronische Tonsillitiden und peritonsilläre Abscesse seien nach der Operation verschwunden. K. Günther berichtet aus der Würzburger Klinik, in der 46 Patienten (26 Männer und 20 Frauen) die Mandeln wegen peritonsillärer Abscesse entfernt worden waren, daß alle vor einer Wiederholung bewahrt geblieben seien. 231 Kranke, denen die Mandeln wegen des gleichen Grundes entfernt worden waren, wurden von G. Jung nachuntersucht; davon waren 214 = 93% vollkommen beschwerdefrei. 15 gebesserte Fälle bekamen zwar keine Anginen bzw. peritonsilläre Abscesse mehr, aber Beschwerden wie beim chronischen Rachenkatarrh. Wahrscheinlich bestand die Pharyngitis bereits vor der Ausschälung, wurde aber durch die Be-

schwerden an der Mandel zugedeckt. Nur zwei der Fälle = 0,8% bekamen wieder Anginen und Abscesse. Eine weitere Zusammenstellung von Svend Heiberg zeigt unter 65 Kranken, denen wegen peritonsillärer Abscesse die Mandeln entfernt worden waren, sogar 94% geheilt, 4% besser und 2% unverändert.

Wenn wir uns nun nach der Ursache fragen, warum neben einer so großen Anzahl von Erfolgen doch einige Mißerfolge stehen, so kann wohl zuerst das bei der Mandelauslösung zurückgebliebene Mandelgewebe verantwortlich gemacht werden. Dabei spielt die Wahl des Verfahrens nur eine geringe Rolle, wenn es nur grundsätzlich die gänzliche Entfernung des Mandelgewebes bei völliger Unversehrtheit der Gaumenbögen erstrebt. Die Entfernung muß demnach mit der Kapsel erfolgen, da diese Kapsel fest mit dem Parenchym verwachsen ist. Bei einer „intrakapsulären" Mandelentfernung muß eigentlich immer Mandelgewebe an der Kapsel zurückbleiben. Nach Ablauf mehrerer peritonsillärer Eiterungen kann ein Schwielengebilde von 6—8 mm Dicke entstanden sein. Da solche Schwarten mit der Umgebung fest verwachsen sind und der Ausdehnung der Kapsel entsprechend bis in die Fossa supratonsillaris hinaufreichen, so entstehen dann bei der Auslösung der Tonsille aus der Gaumenbucht oft so große Schwierigkeiten. (Trautmann).

Nicht ganz leicht ist die völlige Beseitigung durchzuführen, wenn ein Absceß einen Teil der Tonsille selbst mit zerstört hat, weil die sorgfältige Unterscheidung und Abgrenzung des Mandelgewebes von der granulierenden Absceßwand mit Schwierigkeiten verbunden ist. Deshalb empfiehlt Link, nach Beseitigung des Hauptteiles den Hintergrund des Abscesses und seine Ränder sorgfältig nach Mandelresten abzusuchen und sie stückweise zu entfernen. Denn von jedem zurückbleibenden Mandelstückchen kann sich ein Stumpf bilden, aus dem schwere Rückfälle der paratonsillären Entzündung und fortschreitende Verwicklungen hervorgehen können. Deshalb sind auch alle Operationsverfahren abzulehnen, die eine völlige Entfernung der Mandel nicht gewährleisten können, z. B. das Verfahren von Sluder und die Elektrokoagulation. Einer unserer Fälle zeigt, daß die Elektrokoagulation die Unterscheidung des Gewebes erschweren und dadurch den Erfolg gefährden kann.

Bei dem 19jährigen Fräulein D. F. wurden 1935 in P. wegen wiederkehrender Anginen und 2 Abscesse (1928 und 1929) die beiden Gaumenmandeln durch Elektrokoagulation angeblich entfernt. Am 6. Aug. 1936 bildet sich nach vorausgehender Angina links ein Absceß. Ein Einschnitt erfolgte am 8. Aug.; es entleerte sich Eiter; ebenso am 9. Aug. Die Temperaturen schwankten zwischen 37,7 u. 38,6 und fielen am 11. Aug. zur Norm ab. Im Urin fand sich kein Eiweiß. Die Nachuntersuchung ergab in beiden Nischen Mandelreste, deren

Ausschälung angeraten wurde. Bericht am 2. Jan. 1937: Richtige Mandelausschälung fand im Oktober 1936 in P. statt. Die Operation ist glatt verlaufen, es sind keine Beschwerden mehr aufgetreten.

In diesem Zusammenhang sei noch Links Stellungnahme wörtlich hervorgehoben: „Auch die subtotale oder Teiltonsillektomie der oberen Tonsillenhälfte, wie sie von Levinger in Vorschlag gebracht wurde, müssen wir ablehnen. Denn durch die methodisch beschränkte Operation können nur die paratonsillären Eiterungen hinter dem oberen Pol erfaßt werden, nicht aber die kleinen abseitsgelegenen Abscesse und nicht die liquiden eitrigen Entzündungen. Wenn man weiterhin die pathologisch-anatomische Eigenart der paratonsillären Abscesse berücksichtigt, so ist es ja auch ganz natürlich, daß die Beseitigung des akuten Absceßstadiums allein auf die Dauer keine vollkommene Gewähr zu geben vermag für eine Ausheilung des gesamten paratonsillären Krankheitskomplexes, der seine Wurzel in einer kranken Tonsille hat. Die paratonsillären Abscesse sind eben im Rahmen der pathogenetischen Zusammenhänge als akut-entzündliche Durchbruchskomplikation eine Teilerscheinung der chronischen Tonsillopathie und bilden als solche ein Symptom der erfolgten Dekompensation im tonsillären Entzündungsgebiet. Eine Behandlung, welche dieses Symptom allein berücksichtigt und den Ausgangsherd, die chronische Tonsillopathie zurückläßt, ist unvollkommen, weil sie die ätiologische Komponente der Therapie außer acht läßt. Und die Behandlungsmethode, welche nicht die ätiologische Komponente in die Therapie mit einzubeziehen vermag, ist eine unzulängliche Methode, und sie ist nicht imstande die Gewähr für eine vollkommene Ausheilung zu geben."

Für diese Ansicht spricht folgende Krankheitsgeschichte:

Frau St. B., 32 Jahre, erkrankte am 23. April 1931 rechtsseitig an einem peritonsillären Absceß mit Oedem des Zäpfchens. Außen am Hals fand sich keine starke Schwellung. Durch Eingehen am oberen Pol der Mandel, der bereits vor Jahren aus der Nische gelöst worden war — bei einer Absceßeröffnung nach Levinger — entleerte sich viel Eiter. Nach einer zweiten Entleerung am 25. April schwanden die Beschwerden. Die gänzliche Ausschälung, die der Kranken angeraten wurde, hat sie abgelehnt. Die Luxation des oberen Pols aus der Nische hat also in keiner Weise vor Rückfällen geschützt.

Aber auch dem gewiegtesten Facharzt scheinen Mißerfolge nicht erspart zu bleiben. Es kommt nicht selten vor, daß nach einwandfrei ausgeführten Ausschälungen an der früheren Stelle der Mandel wieder eine Entwicklung von lymphatischem Gewebe — es kann von kleinen Follikeln in dem nächstgelegenen Schleimhautabschnitt seinen Ausgang nehmen — zu beobach-

ten ist und dies besonders bei Kindern und jüngeren Menschen, bei denen die Mandelentfernung vor dem Einsetzen der physiologischen Involutionsvorgänge ausgeführt werden mußte. (G o e r k e). Manchmal melden sich die Kranken selbst mit dieser Beobachtung. Unter Umständen erheben sie dann den Vorwurf nicht genügend gründlich operiert worden zu sein. Ausnahmsweise können innerhalb von Jahresfrist Mandeln von völlig normaler mittlerer Größe nachwachsen, wie das an der Münchner Klinik an einer jungen Frau beobachtet worden ist. K l e s t a d t, dem das Erscheinen von adenoidem Gewebe in den Mandelnischen nach völliger Ausschälung wiederholt aufgefallen war, sagt darüber:

„Während der Heilungszeit fand eine mehr oder weniger vollkommene Ausfüllung der Mandelnische mit adenoidem Gewebe statt. Es handelte sich stets um erwachsene Personen des mittleren Lebensalters von 18—35 Jahren. Das lymphatische Gewebe zog sich von der Absetzungsfläche am Zungengrunde her nach oben hinauf. Das Hinaufwachsen beginnt schon sehr frühzeitig nach der Operation: vom 3.—4. Tage an habe ich es schon gesehen. Da in dieser Zeitspanne noch keine Zusammenziehung der Wundflächen zu bemerken ist, muß ich das Erscheinen des adenoiden Gewebes für aktives Hinaufkriechen halten. In den nächsten Wochen wird die Wundfläche kleiner, die Gaumenbögen treten wieder näher aneinander heran, sodaß ich nicht ausschließen möchte, daß der Gewebszug hilft, das Gewebe in die Bucht hinaufzuziehen. Ich habe natürlich darauf geachtet, ob nicht ein unterster Stumpf der Gaumenmandel stehen geblieben war. Aber ebenso am Präparat, wie bei der Untersuchung des Zungengrundes unmittelbar nach der Operation konnte man sich davon überzeugen, daß die Gaumenmandel in toto ausgeschält war. Wohl aber ergab die Besichtigung während der nächsten Tage, daß das nachwachsende Gewebe im Zusammenhang mit der Zungenmandel stand. Es schiebt sich gegen die fibrinös belegte Fläche der Gaumennische hinauf. Das Tempo variiert. Ich sah schon, daß in 10 Tagen das volle Maß des Hinaufwanderns erreicht war. Die Ausfüllung ist nämlich nicht stets vollkommen; es kann noch eine flache Bucht zwischen beiden Gaumenbögen übrigbleiben, die ausgedehnter ist, als die ursprüngliche Fossa supratonsillaris zu sein pflegt. Die gesamte Ausheilung folgt dem Aufhören des adenoiden Ersatzwachstums auf dem Fuße. In der Regel dauert sie 3—4 Wochen. Die „Mandel" sieht zunächst anders aus als die natürliche. Sie ist deutlich gefaltet, fleischig und von makroskopisch typisch adenoidem Aussehen. Ihr mangelt die räumliche Abgeschlossenheit, die manche Gaumenmandeln durch ihre rundliche Gestalt haben. Sie hat nicht die glatten Oberflächen, wie sie sich an flachen Mandeln finden. Sie weist keine grob sichtbaren Lakunen auf. Diese Kennzeichnung gilt zu-

nächst für die Zeit ihrer Jugend. Das spätere Verhalten habe ich noch nicht die Gelegenheit gehabt zu studieren."

Nach Uffenorde und Jos. C. Beck kann außerhalb der Kapsel lymphatisches Gewebe liegen, das nach Entfernung der Tonsille ihre Funktion übernähme, das aber auch zu schweren Verwicklungen führen kann. Uffenorde bildet einen derartigen „lymphadenoiden" Zapfen ab, der durch die Kapsel hindurch ins peritonsilläre Gewebe reicht. Schließlich können noch kleinere Lymphknoten aus dem Lymphgewebe der in der Tiefe des Mandelbettes gelegenen Muskulatur in das Operationsgebiet hineinwuchern. Sie sind an sich unschädlich und spielen dieselbe Rolle, wie die in der Schleimhaut des Mundes und Rachens andern Orts verstreuten Lymphknoten. Diese nachträglich wuchernden Lymphknoten können bei einer Angina ebenfalls eine Entzündung mitmachen und als Ausgangspunkt sekundärer Leiden — insbesondere solcher „rheumatischer" Natur — in Frage kommen. (Erdélyi). Man sieht auch hie und da nach der Heilung sogenannte „Granula", wie sie sonst an der hinteren Rachenwand zu finden sind, in der glatten Mandelnische. Diese Einzelknötchen sind im allgemeinen abgesetzte, mehr oder weniger abgerundete Lymphozytenansammlungen, die meist um einen Drüsenausführungsgang gruppiert sind und die Schicht lockeren Bindegewebes nicht unerheblich an Umfang vergrößern, so daß die Schleimhautoberfläche an diesen Stellen nicht mehr eben verläuft, sondern eine halbkugelige Vorwölbung zeigt, die wir als Granulom bezeichnen. Sie sind nach Levinstein pathologische Gebilde, während Schuhmacher sie, wohl völlig mit Recht, für normal erklärt, da sie in jedem Rachen vorhanden sind.

An die Stelle der Mandel, können die an dem oberen Pol angrenzenden kleinen gemischten Speicheldrüsen des weichen Gaumens hineinwachsen und ein neues Mandelgewebe vortäuschen. Da es sich aber hier um normale Speicheldrüsen handelt, ist ihre Entfernung überflüssig. (Erdélyi). Besonders aber kommt als Gewebe zum Neuaufbau die Strecke des Rachenringes zwischen dem unteren Gaumenmandelteil und der Zunge in Betracht. Und hier handelt es sich oft um mehr als um einzelne adenoide Gebilde. Denn die Gaumenmandel kann ohne scharfe Grenzen in mehr oder weniger starker Entwicklung in die Zungenmandel übergehen.

Nun kommen doch häufiger, als man anzunehmen geneigt ist, Abscesse nach der Mandelauslösung vor. Der größte Teil unserer, wie der im Schrifttum gefundenen Fälle, hat dabei als Ausgangspunkt der Rückfälle adenoides Gewebe, das entweder bei der Ausschälung in der Mandelnische verblieben, sich dort erneut gebildet oder aber dort hineingewachsen ist.

Hier zuerst der von Link beobachtete und beschriebene Krankheitsfall: „Polizeileutnant W. 32 Jahre ist wegen häufiger Anginen mit wiederholten paratonsillären Entzündungen von fachärztlicher Seite tonsillektomiert. 6 Monate später erkrankt er wieder an einer schweren linksseitigen Halsentzündung, die von vornherein mit hohem Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergeht. Deswegen wird er auf die innere Station des Krankenhauses eingeliefert und auf Sepsis behandelt. Wegen Verschlimmerung seines Zustandes wird er mir zur Begutachtung vorgestellt. Bei der Untersuchung stelle ich eine Phlegmone der linken Tonsillengegend und des weichen Gaumens fest. Letzterer ist stark vorgewölbt und gedunsen. In der Mitte der entzündlichen Vorwölbung befindet sich ein eingezogener Trichter, in welchem man deutlich einen oedematösen Stumpf erkennt, der nichts anderes sein kann, als ein Tonsillenrest. Die Incision ergibt einen großen Absceß. Seine Entleerung bringt keine Besserung mit sich. Nach zwei Tagen tritt ganz schnell unter septischem Zusammenbruch der Exitus ein. Offenbar ist gerade mit dem Tonsillenrest ein aktionsfähiger Infektionsherd zurückgeblieben, von dem aus sich die progressive Phlegmone und Sepsis entwickelt hatten."

Minder berichtet von zwei Fällen, bei denen die Infektion vermutlich von Mandelresten ausgegangen ist, die bei der Operation zurückgeblieben waren: Herr, schon als Kind häufig Tonsillarabscesse, wurde tonsillektomiert und hat seit dem Eingriff dreimal Rückfälle im Bereich der Seitenstränge durchgemacht. Dame, ebenfalls ausgeschält, hat seither erneut zwei Absceßbildungen durchgemacht.

V. E. Grabscheid stellt in Wien einen besonders schweren Fall vor: Es handelt sich um einen 34jährigen Kranken, der vor zwei Jahren wegen häufiger Halsentzündungen ausgeschält worden war. Am 18. 9. 33 bekam er heftige Schmerzen im Halse links, hohes Fieber, Schmerz im Hinterhaupt links. Bald darauf Kiefersperre. Ein Peritonsillarabsceß links, ausgehend von einem kleinen Gewebsrest in der Mandelnische, wurde festgestellt und am 28. 9. von außen eröffnet (Hautschnitt entlang des M. sternocleidomastoideus), wobei man in eine Absceßhöhle gelangte, aus der wenig dünnflüssiger Eiter floß. Am 28. 9. erfolgte ein weiterer Einschnitt; es entleerte sich nun massenhaft Eiter, das Fieber fiel kritisch ab und auch die übrigen Symptome ließen an Heftigkeit nach. In der Nachbehandlung wurde das Spatium parapharyngeum gespült. Die scheinbare Besserung hielt eine Woche an, dann traten wieder hohes Fieber (bis 41°) und starke Kopfschmerzen auf. Erst am 2. 1. 34 wurde die intrakranielle Komplikation erkannt, der angenommene und gefundene Stirnhirnabsceß wurde aber zu spät eröffnet.

Auch V. Hinsberg fand als einzig greifbaren Anhaltspunkt für die Entstehung eines neuen Abscesses ein Knöpfchen adenoiden Gewebes, das er nach mikroskopischer Untersuchung als sicheren Mandelrest erkannte. Sein Fall lag so: Es handelte sich um eine junge Dame, bei der vor etwa 15 Jahren, aus nicht mehr feststellbaren Gründen die Mandeln ausgeschält worden waren. Sie erkrankte Mitte März 32 mit hohem Fieber, Husten und schweren Allgemein-

erscheinungen, die zunächst als Zeichen einer Grippe aufgefaßt wurden. Die Untersuchung der Halsorgane ergab Rötung des ganzen Rachens und des weichen Gaumens; an der Stelle der Gaumenmandeln sehnige Narben. Am 2. 4. morgens Schüttelfrost, starke Halsschmerzen. Der zugezogene Arzt für innere Krankheiten stellt die Zeichen schwerer Allgemeininfektion fest; da sich zur Zeit seiner Untersuchung (morgens) die Schmerzen in der Gegend der linken Mandes verstärken, in der Gegend der linken Jugularis eine geschwollene Lymphdrüse fühlbar ist, denkt er mangels eines anderen Befundes an eine von der linken Mandel ausgehende Infektion. Am Abend Schluckschmerz. Auf dem linken Gaumenbogen sieht man eine kleine oberflächige Erosion, etwa wie eine geplatzte Herpesblase. An den Ausschälungsnarben nichts besonderes, nirgends ein Mandelrest zu sehen, keinerlei Oedem oder Schwellung. Während am Morgen, wie erwähnt, die Jugularis links als druckempfindlich angegeben wurde, war das am Abend nur rechts der Fall. Die Jugularisgegend war weder rechts noch links infiltriert. Das Untersuchungsergebnis blieb also im höchsten Grade unbefriedigend. Zunächst sah es so aus, als ob es bei der „kryptogenen Sepsis" bleiben sollte, die Temperatur blieb dauernd hoch, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, Metastasen oder andere Verwicklungen entstanden aber nicht. Erst am 25. 4. also, etwa 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung öffnete sich ein Abceß im rechten Gaumenbogen, aus dem sich eine Menge Eiter entleerte. Die Kranke war sofort fieberfrei und genas. Bei einer Nachuntersuchung konnte Hinsberg an den Rachenorganen folgendes feststellen: links glatte Narbe, kein Spur von Mandelresten. Rechts vorderer Gaumenbogen mit dem hinteren verwachsen, in der Mitte sehniger Narbenzug. Dicht über diesem ein etwa ½ erbsengroßes, leicht über die Oberfläche vorragendes „Knöpfchen", anscheinend ein Mandelrest. Dieses „Knöpfchen" soll nach Angabe der Patientin vor dem Durchbruch des Abscesses nicht sichtbar gewesen sein. Um einer Wiederholung der schweren Erkrankung vorzubeugen, wird Ende Januar 33 das Knöpfchen herauspräpariert und gleichzeitig wird nach weiteren Mandelresten in der Tiefe der Narbe gesucht, aber ohne daß solche gefunden werden.

Einen weiteren Fall hat N. Sadowski beschrieben: Eine 22jährige Kranke klagte seit 4 Tagen über starke Halsschmerzen. Hochgradige Peritonsillitis rechts. Bei der Probepunktion werden 8 cm^3 flüssig-rahmigen Eiters abgesaugt: darnach Spreizung der Punktionsöffnung. Es wird dabei eine größere Abceßhöhle über der Mandel sichtbar. Die Beschwerden gehen zurück. 2 Monate danach werden beide Mandeln ausgeschält. Bei der Entfernung der rechten, die wegen der narbigen Verwachsung am oberen Pol sich schwieriger wie gewöhnlich gestaltete, blutete es fast nicht. Ein Jahr später bekommt sie einen erneuten Abceß im oberen Pol der Ausschälungsnarbe rechts. Der Abceß platzte von selbst, und es entleert sich durch eine kleine erbsengroße Öffnung rahmiger Eiter.

Auch Ivan Syk sah an 4 mit Mandelausschälung behandelten Kranken in späterer Zeit Phlegmonen im vorderen Gaumenbogen entstehen, von denen zwei abscedierten, einer zeigte eine nekrotisierende Stelle. Gaumensegelphlegmonen und Rachenentzündungen begegneten ihm bei den Operierten überhaupt öfters.

Er hat den Eindruck, daß adenoides Gewebe in den Mandelnischen leicht nachwächst, wenn die Operationswunde unter stärkerer Infektion abheilt. In jenen Fällen war die Mandelentfernung gut gelungen. Er lehnt es ab, Entzündungen retropharyngealer Lymphknoten anzunehmen, sondern glaubt, daß es sich um phlegmonöse Infektion an Follikeln oder kleinen Lymphknoten im vorderen Gaumenbogen handeln müsse.

Unsere Beobachtungen:

Der 19jährige G. R. war wegen wiederkehrender Anginen und Abscesse (1923 und 1925) von Dr. W. in L. operiert worden, gleichwohl waren noch weitere Anginen aufgetreten. Im März 1928 wurden die Mandeln nun von Prof. K. in B. im Schwebeverfahren ausgeschält. Seit mehreren Jahren bekam er regelmäßig Drüsenschwellung im Halse links. Am 20. August 1936 erkrankte er wiederum an einer ziemlich schmerzhaften Angina mit Temperaturen bis 37,8, die nur 3 Tage dauerte. In der Mandelnische sieht man deutliche Rötung und Schwellung kleiner „Mandelreste" und es besteht außerdem ein leichtes Ödem des Zäpfchens. Links hinter und unter dem Kieferwinkel findet sich eine schmerzhafte Schwellung. Zwei Tage lang bestand Albuminurie ohne Zylinder, dann blieb er beschwerdefrei.

Fräulein St. M., 23 Jahre, hatte seit Jahren Mandelpfröpfe, üblen Mundgeruch und früher siebenmal peritonsilläre Abscesse. Die Mandeln, die von anderer Seite vielfach geschlitzt worden waren, sind sehr klein. Am 2. Juni 1927 erfolgte die Ausschälung in örtlicher Betäubung und zwar links in einem, rechts in mehreren Stükken, da die sehr kleinen Mandelreste kaum faßbar waren. Die Operation war durch derbe Verwachsungen erschwert. Blutung nicht wesentlich, keine Nachblutung, keine Temperatursteigerung. Am 5. Oktober 1929 wieder gesehen: Sie hatte inzwischen dreimal leichte Anginen und zwar zweimal rechts und einmal links. Es sollen sich kleine „Bläschen" gebildet haben; vor 4 Tagen sei der Rachen hochrot gewesen. Bei der Untersuchung findet sich in der rechten Narbe eine kleine Tasche und davor eine knopfförmige Verdickung in der Größe von etwa 3 Stecknadelköpfen. Bericht vom 10. Dezember 1936: „Ich habe 1—2 mal im Jahre mit Halsschmerzen zu tun. Meistens füllt sich auf der einen oder anderen Seite eine kleine Stelle, die dann ganz gelb wird und nach 2—3 Tagen aufgeht. In S. war ich vor ungefähr 3 Jahren auch mal kurz in ärztlicher Behandlung und da hat mir Dr. M. an der rechten Mandel nochmal eine kleine Stelle abgezwickt."

Frl. R. A. 38 Jahre litt an Rheumatismus der Hand- und Fußgelenke. Rechts oben eine Fistel über dem 2. Prämolaren. Die Man-

deln sind groß, voll Eiter, hinten nicht verwachsen. Die Ausschälung nach Zahnbehandlung am 14. August 1931 gelingt ohne Schwierigkeiten, wobei Mandelreste nicht zurückgeblieben sind. Die Kranke wurde am 21. August aus der Klinik entlassen. Sie berichtet am 29. November 1931: Vor 5 Wochen bekam ich wieder ein „Halsgeschwür", das nach Angabe eines Facharztes in R. eine Tonsillitis gewesen ist. In der Mandelnische seien kleine Reste des Mandelgewebes nachgewachsen. Auch jetzt wieder am 28. Nov. ist ein kleiner Absceß von selbst aufgebrochen und es entleerte sich viel Eiter. In den letzten Tagen sind die Füße wieder steif gewesen, während die rheumatischen Schmerzen nicht mehr aufgetreten sind. Bericht von ärztlicher Seite im Dez. 1936: Es sind keine weiteren Störungen mehr aufgetreten.

Herr St. F., 19 Jahre, war von Prof. M. in B. wegen wiederkehrender Anginen und Abscesse und rheumatischer Beschwerden ausgeschält worden. Am 10. April 1928 zeigte sich bei 38,3 Fieber im linken hinteren Gaumenpfeiler ein von einem „Mandelrest" ausgehender Absceß. Gleichzeitig traten wieder Schulter- und Handgelenkschmerzen auf. Der kleine Absceß wurde mit der Kornzange eröffnet. Am 11. April fiel das Fieber und auch die Gelenkbeschwerden waren verschwunden.

Bericht vom 17. 4. 37: Die Mandelnische ist jetzt ganz glatt ohne Narben. Abscesse sind nicht mehr aufgetreten.

Frl. Ph. I., 30 Jahre, klagt seit 5 Tagen über Halsbeschwerden und hatte früher schon mehrfach Abscesse durchgemacht. Auf beiden Mandeln findet man gelblich-weiße lakunäre Beläge, peritonsilläre Infiltration links. Kehlkopf o. B. Nachdem am 6. Juli 34 die Aufnahme in die Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkranke in München erfolgt war, wurde am nächsten Tag der peritonsilläre Absceß gespalten und die Mandelausschälung angeraten. Sie erfolgte dann am 7. August und nahm einen glatten Verlauf. Auch jetzt noch bekam sie 5—6 mal kleinere etwa erbsengroße Abscheßchen, ebenso auch eines am 6. April 36, das in der Tiefe sehr derben Narbengewebes saß. Dieses wurde in örtlicher Betäubung ausgeschnitten; darin war aber kein Mandelrest sichtbar. Auch kurz darnach noch eine Abscheßbildung; dann bis heute beschwerdefrei. (Die Kenntnis dieses Krankheitsfalls verdanke ich Herrn Dozenten Dr. Greifenstein).

Zuletzt seien noch zwei Fälle von typischem peritonsillärem Absceß ohne Mandel angeführt, von denen der eine von V. Hinsberg, der andere von uns beobachtet wurde.

Frau A. P. war 1912 beiderseits ausgeschält worden. Am 25. Mai 1932 erkrankte sie plötzlich mit Schmerzen in der linken Mandel-

gegend und bekam Fieber. Bei der Aufnahme am 29. Mai sah man links hochgradige Schwellung und Vorwölbung des oberen Teiles des vordern Gaumenbogens, beiderseits Ausschälungsnarbe. Temperatur 38,6°. An der Vorderfläche des Zäpfchens etwa bohnengroße (gangränöse) Stelle. Sofortiger Einschnitt auf der Höhe der Vorwölbung entleert reichlich stinkenden Eiter. Am 1. Juni sind die Beschwerden geschwunden, die Entzündung ist im Rückgang. Man sieht jetzt, daß im unteren Teil der linken Narbe vielleicht ein kleiner Mandelrest sitzt. Die mikroskopische Untersuchung eines aus der Umgebung der Schnittwunde oberflächlich herausgenommenen Stückes ergibt aber nichts von Mandelgewebe.

Dem 55jährigen Herrn E. R. wurde im Mai 21 von Dr. B. in A. nur die linke Mandel ausgeschält. 1931 bekam er wieder mehrfach Mandelabscesse. Die Besichtigung am 11. November 1931 ergab: obere Luftwege o. B., rechte Mandel enthält etwas Eiter, links auffallend großer Narbenzug zwischen Mandelnische und Zunge, der das Singen nicht beeinträchtigt, aber beim Gähnen, starkem Mundöffnen und Rasieren störend ist. In der linken Mandelnische ziemlich tief unten wieder ein Absceß, der eröffnet und tamponiert wurde. Die Einschnittwunde war ungefähr 1,5 cm lang, aber Mandelgewebe darin nicht sichtbar. Bericht vom 3. Dezember 1936: „Meine Mandelerkrankung hat eine dauernde Heilung erfahren, in der Narbe links keine weiteren Abscesse, sogar die Vernarbung ist jetzt nicht mehr störend. Die rechte Mandel, die seinerzeit ausgedrückt wurde, ist nicht mehr erkrankt; die Stimme klarer geworden. Nur habe ich den kleinen Nachteil, daß ich, wenn ich in wärmeren bezw. rauchigen Lokalen sprechen muß, etwas leicht zu Heiserkeit neige."

Wenn wir auch meistens bei rückfälligen peritonsillären Abscessen Mandelgewebe in der Operationsnarbe finden und dieses für die Ursache des Rückfalles verantwortlich machen können, so trifft das doch nicht immer zu. In dem paratonsillären Entzündungsgebiet können keimfähige Bakterien verblieben sein, die dort lange virulent geblieben sind. Das Aufflackern eines schwehlenden Entzündungsrestes kann nun zu Rückfällen führen, die nach Ausschälungen ziemlich selten beobachtet werden. Hermann Kramm hat sich eingehend hiemit beschäftigt und schließt auch seinen Ausführungen zwei Krankheitsfälle an: „Meine Beobachtungen weisen mich darauf hin, daß zuweilen ein rückfälliger peritonsillärer Absceß an der alten Stelle ohne voraufgegangene Angina entsteht und ich bin zu der Überzeugung gekommen, daß die alte Absceßhöhle einen selbständigen latenten Infektionsherd bilden kann. Erst wenn dieser Herd restlos ausgeheilt ist, kann es nicht mehr zu Rückfällen von peritonsillären Abscessen kommen. —

Man hat bestimmt Erfolg, wenn man bei der Mandelausschälung in die frühere Absceßhöhle hineingerät; aber das ist unsicher, weil sich inzwischen narbige Verwachsungen gebildet haben, die ein planmäßiges Aufsuchen der früheren Absceßhöhle verhindern. Und wie steht es mit den rückfälligen Abscessen des Spatium parapharyngeum also nach außen vom M. constrictor pharyngeus superior und der Fascia pharyngea, wenn man sie vorher vom vorderen Gaumenbogen ganz außen eröffnet hat? Man läßt diese geschrumpften Höhlen jetzt bei der Mandelentfernung ganz unberührt und vertraut darauf, daß diese Abscesse nun nicht wiederkehren werden, nachdem der Ausgangsinfektionsherd, die Tonsille, beseitigt ist. Doch dieses Vertrauen ist nicht ganz berechtigt. Anginen treten bekanntlich auch trotz beiderseitiger Tonsillektomie auf, bei weitem nicht so häufig wie früher, aber doch nicht ganz selten und genügen vollkommen, Rückfälle eines früheren peritonsillären oder parapharyngealen Abscesses zu verursachen. Man will jedoch die Vorstellung nicht aufgeben, daß mit der regelrechten Tonsillektomie alles geschehen ist, um Rückfälle dieser Abscesse zu verhindern; es ist aber nicht alles geschehen. Der Patient wünscht die größtmöglichste Sicherheit zu haben, vor einem Rezidiv des Abscesses geschützt zu sein. Das erreicht man aber nicht durch die Tonsillektomie allein, sondern durch Herstellung einer breiten Verbindung zwischen Absceß- und Mundhöhle. Dadurch allein kann ein Rezidiv des Abscesses mit Sicherheit verhindert werden. Der Verlauf der Fälle hat die Erwartung als richtig bestätigt. Von 11 älteren Fällen wurden 10 dauernd geheilt, der älteste seit 10, der jüngste seit 5 Jahren. Auch der 11. Fall mit einem Rezidiv, als F. unten besonders aufgeführt, bestätigt meine Ansichten.

Fall O. K. hatte 35 linksseitige Mandelabscesse überstanden und kam 1925 mit dem 36. in meine Behandlung. Die kleine linke Tonsille war ganz reaktionslos. Der linke hintere Gaumenbogen war stark gerötet und geschwollen; am folgenden Tage an seinem freien Rande 1 cm unterhalb der Uvula Eiterkuppe, Eröffnung eines kleinen Abscesses. Nach 8 Tagen Operation. Von der Öffnung dringt die Sonde 2 cm direkt nach lateral hinter und oberhalb der Tonsille in die Tiefe, Entfernung der ganzen Vorderwand des Ganges bis zu seinem Ende mit dem abgebogenen Konchotom. Die Tonsille wird nicht angerührt. Seitdem, also seit 9 Jahren, kein Rückfall des Abscesses, auch keine Angina.

Dieser Fall widerlegt, soweit sich das makroskopisch in vivo beurteilen läßt, die Ansicht, daß Rückfälle von ursprünglich von der Tonsille ausgegangenen Abscessen immer wieder von der erkrankten Mandel ausgelöst sein müßten; die Tonsillektomie wäre zwecklos und vielleicht auch nutzlos gewesen; er beweist, daß diese alten Abscesse selbständige Infektionsherde bilden können. Es wird aber auch Fälle geben, in denen ebenfalls die alten Absceßhöhlen selb-

ständige, zu Rezidiven neigende Infektionsherde bilden, in denen man das aber zunächst nicht beweisen oder wahrscheinlich machen kann.

Fall F. Hat 15 mal von der rechten Mandel ausgehende Abscesse überstanden. Beim 16. 1926, schweres Krankheitsbild. Einschnitt ganz außen, großer Absceß im rechten Spatium parapharyngeum, wie sich später zeigte. Nach 2 Tagen von demselben Schnitt aus Eröffnung eines zweiten nach oben medial im weichen Gaumen gelegenen peritonsillären Abscesses. Bei der Operation nach 10 Tagen stellte ich nach Entfernung der oberen Hälfte der Tonsille nur zwischen dem zweiten Absceß und der Mundhöhle eine breite Verbindung her, da der Zugang zum ersten Absceß durch die Weichteilbrücke wie durch eine verstellte Weiche verlegt war. Nach 6 Jahren 1932, Angina der stark lymphatischen Seitenstränge, wiederum Absceß des rechten Spatium parapharyngeum; Eröffnung. Nach 8 Tagen nur Entfernung der medialen Wand des Abscesses zwischen den Gaumenbögen in 5 Pfennigstückgröße, worauf die talergroße Absceßhöhle allmählich schrumpfte und obliterierte. Untere Mandelhälfte nicht entfernt.

Sollte etwa die untere Mandelhälfte die Ursache des Rezidives gewesen sein? Ich glaube das nicht, auch nach dem weiteren Verlauf ist das wenig wahrscheinlich.

Derselbe Fall: Nach einem Jahr (1933) peritonsillärer Absceß zum ersten Male links. Die rechte Mandelgegend bleibt jetzt gänzlich blaß und reaktionslos liegen, kein Rückfall des alten Abscesses des rechten Spatium parapharyngeum.

Dieser Fall zeigt recht deutlich, daß man sich bei rückfälligen Abscessen des Spatium parapharyngeum nicht mit der Eröffnung vorn vom vorderen Gaumenbogen oder medial von der Tonsillektomiehöhle aus begnügen darf, sondern diese Abscesse auch in breite Verbindung mit der Mundhöhle bringen muß, daß sie dann aber auch dauernd ausheilen trotz der Belassung der unteren Mandelhälfte; denn sonst wäre doch sicher bei dem ein Jahr später aufgetretenen linksseitigen Absceß auch ein Rückfall auf der rechten, bisher stets allein erkrankten Seite erfolgt."

Ein weiterer Entstehungsgrund der Rückfälle liegt vielleicht in Veränderungen des peritonsillären Gewebes, die es durch die chronische Tonsillitis erleiden mußte. Neben einer Vermehrung des Bindegewebes, die mit einer Hyalinisierung desselben, gegebenenfalls mit einer Verödung der Gefäße verbunden sein kann, kann eine Thrombose im peritonsillären Gewebe, wie sie G. Riecke erwähnt, größte Bedeutung erlangen. Es wäre doch möglich, daß wiederkehrende peritonsilläre Abscesse mit den gefundenen Gefäßveränderungen in Zusammenhang gebracht werden könnten.

Ein Fall, bei dem es ohne Beteiligung des lymphatischen Gewebes in der Mandelnische zu einem Absceß kam, soll meine Ausführungen zum Schluß nicht beweisen, sondern nur veranschaulichen.

Herr P. K., 24 Jahre, schwerer Psychopath, hat die Gewohnheit an seinen Mandeln herumzudrücken, in denen sich hie und da kleine Pfröpfe befinden. Am 20. November 1911 bildete sich zwischen linker Mandel und hartem Gaumen im senkrechten Teil des Gaumensegels, ungefähr in der Mitte zwischen dem hinteren Teil der kleinen Mandel und dem Zäpfchen ein kleiner gelb durchschimmernder, submuköser fluktuierender Absceß, etwa in der Größe einer Kaffeebohne. Einschnitt entleerte flüssigen Eiter. Der Kranke gibt zu, immer mit dem Finger an der Mandelgegend herumgedrückt zu haben. Er hat zur gleichen Zeit ebenfalls mit dem Fingernagel mehrere Akneknötchen im Gesicht ausgedrückt und wahrscheinlich so die Infektion, die den kleinen submukösen Absceß verursachte, selbst herbeigeführt. Nachweislich ist demselben weder eine Angina noch eine Temperatursteigerung vorausgegangen. Von Mandelgewebe war an der betreffenden Stelle nichts zu sehen. In den folgenden Jahren war er wegen nasaler Störungen in Behandlung, hatte aber keinerlei Krankheitserscheinungen mehr am Gaumen.

Zusammenfassung.

Auch eine völlig richtige, von Meisterhand ausgeführte, Mandelausschälung schützt nicht immer vor Rückfällen entzündlicher Art in der Mandelnische: umschriebenen Entzündungen, kleinen und selbst größeren Abscessen.

Diese seltenen Erkrankungen können ausgehen 1. von zurückgebliebenen kleinen knöpfchenförmigen Resten von Mandelgewebe, 2. von in die Nische nach der Operation hineingewachsenem adnoidem Gewebe, 3. von einem Entzündungsherd im paratonsillären Gewebe, (infektiöse bakterielle Herde, Thrombosen, durch die Kapsel hindurch reichende lymphadenoide Zapfen), 4. vielleicht auch von den gemischten Drüsen oder von Schleimdrüsen des Gaumenpfeilers.

Die obigen neuen Krankengeschichten sind, bis auf eine von Herrn Dozenten Dr. Greifenstein, Beobachtungen von Herrn Professor Dr. Nadoleczny, der auch die Anregung zu dieser Arbeit gegeben hat.

Schrifttum.

Beck Jos. C.: Annals of Otol. Assoc. März 1909. Referat im Zentralblatt f. Laryngol. 1910, S. 509.

Erdélyi: Erfahrungen an 1600 Tonsillektomien. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und aLryngo-Rhinologie. 1932, Bd. 66, H. 4.

Goerke, M.: Tonsillen und Allgemeinerkrankungen. Klinische Wochenschrift. 1922, Bd. 2.

Grabscheid: Peritonsillarabsceß; Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1934, Bd. 68, S. 741.

Günther, Kurt: 4 Jahre Tonsillektomie an der Würzburger Universitätsklinik. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinol., Otol. 1928, Bd. 17, H. 3.

Heiberg, Svend: Resultate der Tonsillektomie. Ugeskr. Laeg. 1933, 855.

Hinsberg, V.: Angina mit Nephritis und peritonsillärer Absceß trotz Tonsillektomie. Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1933, Bd. 33.

Jauerneck, A.: Erfahrungen mit Tonsillektomie im akut entzündlichen Stadium. Zeitschrift für Laryngitis, Rhinol., Otol. 1936, Bd. 26.

Jung, G.: Indikationsstellung zur Tonsillektomie und deren Resultate. Medizinische Klinik. 1932, Nr. 50.

Klestadt, W.: Das Hineinwachsen adenoiden Gewebes in die Gaumenmandelnische nach Tonsillektomien. Münchner med. Wochenschrift. 1919, H. 16.

Kramm, H.: Die Behandlung des rückfälligen peritonsillären und parapharyngealen Abscesses. Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1934, Bd. 37.

Levinstein, O.: Drüsen und adenoides Gewebe im Schlund. Archiv für Laryngologie, Rhinol. 1910, Bd. 24, H. 1.

Liebermann, H.: Tonsillektomiefragen. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinol. Otol. 1927, Bd. 16.

Liebermann, v. Th.: Die Tonsille ein Schutzorgan oder die Tonsillitis ein Schutzvorgang. Deutsch. Med. Wochenschrift, 1928, Nr. 33.

Link, A.: Einfache Incision und Sekundär-Tonsillektomie und Absceß-Tonsillektomie bei paratonsillären Abscessen. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinol. Otol. 1934, Bd. 25.

— Incision oder Tonsillektomie? Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 1932, Bd. 131.

Minder: Tonsillenarabscesse nach Tonsillektomie. Gesellschaftsbericht, Referat. Internat. Zentralblatt für die Ohrenheilkunde. 1934, Bd. 39.

Riecke, H. G.: Über Gefäßveränderungen im peritonsillären Gewebe bei chron. Tonsillitis. Zeitschrift für H.-, N.- und Ohrenheilkunde. 1929, Bd. 22.

Sadowski, N.: Arrosionsblutung bei peritonsillärem Absceß. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1932. Bd. 66.

Schumacher: Das lymphoide Gewebe. Handbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Bd. I, S. 370.

Stamberger: Über die Tonsillenfrage auf Grund von 700 Tonsillektomien. Gyógyászat 1926. Jg. 66, Nr. 49.

Syk, Ivan: Verhindert die Tonsillektomie sicher die Entwicklung von Abscessen im peritonsillären Gewebe? Acta oto-laryngol. 1926, Bd. 9, H. 4.

Trautmann, G.: Über die Kapsel und die benachbarten Fascien der Tonsille. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinol. Otol. 1915, Bd. 7.

Uffenorde, W.: Die Angina und ihre septischen Folgezustände. Sitzungsberichte der Gesellsch. z. Beförderung der ges. Naturwissenschaften zu Marburg. Bd. 63, Heft 8, Berlin 1929.

Lebenslauf

Am 5. Juni 1913 wurde ich — Ernst W. B a y e r b a ch — als Sohn des Dentisten Ernst Bayerbach und seiner Ehefrau Pauline, geb. Kienzle, in Rothenburg ob der Tauber geboren. Ich besuchte die dortige Volksschule, dann die ersten 6 Klassen des Realgymnasiums in Augsburg und erhielt das Reifezeugnis in Friedrichshafen 1933. In München studierte ich Zahnheilkunde, legte dort die Vorprüfung ab und approbierte im November 1936.